

#### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ІЗ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ ПРИ НАПРУЖЕННІ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ФІЗКУЛЬТУРНО – ОЗДОРОВЧИМИ ЗАНЯТТЯМИ**

*Горовий Віктор, Кобзін Олександр Потєха Юрій, Мудрицький Володимир, Дубовий Андрій*

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

##### **Анотації:**

Представлені результати лікування нетримання сечі при фізичному напруженні у жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, при поєднанні вправ із тренування м'язів тазового дна із інтравагінальною електричною стимуляцією м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри. Таке поєднання дозволило досягти одужання у 52,4% хворих, покращення - 42,9%. Зважаючи на повернення симптомів захворювання у більшості пацієнток (86,7%) через 3-6 місяців після лікування вважаємо доцільним проводити повторний курс лікування через зазначений період часу із використанням амбулаторних портативних індивідуальних електростимуляторів.

Results of treatment stress urinary incontinence in women which go in for health – improvement exercises with using intravaginal electrical stimulation of pelvic floor muscles and sphincter apparatus of urethra in combine with pelvic floor muscles exercises were presented. Such combination led to recovery of 52,4% patients and improvement of 42,9% patients. After 3-6 month of treatment the symptoms of disease were returned what is why we recommend a repeat course of electrical stimulation with using portative individual electrical stimulator.

Представлены результаты лечения недержания мочи при физическом напряжении у женщин, которые занимаются физкультурно-оздоровительными занятиями, при сочетании упражнений для тренировки мышц тазового дна с интравагинальной электрической стимуляцией мышц тазового дна и сфинктерного аппарата уретры. Такое сочетание позволило достичь выздоровления у 52,4% больных, улучшения – 42,9%. В связи из возвращением симптомов заболевания у большинства пациенток (86,7%) через 3-6 месяцев после лечения считаем рациональным проведение повторного курса лечения через указанный период времени с использованием амбулаторных портативных индивидуальных электростимуляторов.

**Ключові слова:**

нетримання сечі при напруженні  
у жінок, консервативне лікування

stress urinary incontinence,  
conservative treatment.

недержание мочи при напряжении у  
женщин, консервативное лечение.

---

**Постановка проблеми.** Згідно з рекомендаціями комітету по стандартизації термінології Міжнародного товариства з вивчення утримання сечі (International Continence Society - ICS) під нетриманням сечі при фізичному напруженні (НСФН) розуміють будь-яке мимовільне, неконтрольоване вольовими зусиллями та не пов'язане із бажанням пацієнтки (пацієнта) виділення сечі під час фізичного напруження, чихання, кашлю та інших станах, які ведуть до підвищення внутрішньочеревного тиску [6]. Кожна четверта жінка після 40 років, за даними літератури, відмічає симптоми нетримання сечі при фізичному напруженні [1, 3-6]. Нетримання сечі є тяжким стражданням для жінки, пригнічує її психіку, знижує працездатність, не дає можливості перебувати в громадських місцях, а також є однією з причин розлучень. Особливо страждають від даної хвороби жінки, які постійно займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, пов'язаними із фізичними навантаженнями, що змушує їх використовувати гігієнічні чи медичні прокладки. Недостатня інформованість населення стосовно нетримання сечі у жінок, а також знань урологів, гінекологів та лікарів суміжних спеціальностей про сучасні методи діагностики та лікування приводять до того, що лише одна із 10–25 жінок звертається за допомогою до лікаря і тільки 10-30% отримують кваліфіковану допомогу. Згідно рекомендацій ICS початкове лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок без пролапсу (випадіння) тазових органів включає зміну образу життя та харчування, тренування м'язів тазового дна, фізіотерапевтичні процедури (вправи з конусами, лікування за методом біологічного зворотного зв'язку, електричну стимуляцію м'язів тазового дна та сфінктерного апарату уретри), а також пристрої для утримання сечі [6]. За даними ICS ефективність лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок при застосуванні тренування м'язів тазового дна та електричної стимуляції м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри майже однакові [6]. В літературі ми не виявили даних про ефективність лікування НСФН у жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, при застосуванні вправ із тренування м'язів тазового дна у порівнянні із електричною стимуляцією м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри. З патофізіологічної точки зору нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок є порушенням функції сфінктерного апарату уретри та шийки сечового міхура, а також підтримуючих ці органи м'язово - фасціальних структур таза в результаті пологів, хірургічних втручань на органах таза, недостатності естрогенів в організмі жінки у періоді менопаузи, вроджених анатомічних дефектах сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна, важкої фізичної праці та ін. При цьому виникають порушення іннервації та нейротрофічні зміни в міхурово-уретральних та м'язово-фасціальних підтримуючих структурах тазового дна зі зменшенням їх біоелектричної активності, які спричиняють зниження тону сфінктерного апарату уретри, шийки сечового міхура та м'язів тазового дна. Електростимуляція (ЕС) цих структур є одним із ефективних методів лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок, особливо у комбінації з іншими методами лікування [2, 4, 7, 8].

**Мета статті** - вивчити ефективність лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, при застосуванні лише вправ із тренування м'язів тазового дна та при поєднанні вправ із тренування м'язів тазового дна із електричною стимуляцією м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри.

### III. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

**Об'єкт і методи дослідження.** За останні 10 років (2006-2015 рр.) в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарські первинне консервативне лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні проведено 103 жінкам, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, із них 40 пацієнткам використовували лише тренування м'язів тазового дна за Кегелем

( I група), 63 - тренування м'язів тазового дна поєднували із інтравагінальною електричною стимуляцією м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри за допомогою апарата “Інтратон - 1” (електростимулятор урологічний ЕСУР-30-1) (II група). I група проходила амбулаторне лікування, II група – стаціонарне.

Середній вік хворих I групи становив 48,5 років, II групи – 49,6. Всі жінки відмічали нетримання сечі лише у вертикальному положенні (легка та помірна ступінь нетримання сечі), випадіння тазових органів за межі піхви не було відмічено у пацієток обох груп (пролапси тазових органів за межі піхви вимагають хірургічної корекції). Відсоток хворих у постменопаузі, після травматичних пологів (розриви шийки матки, промежини), перенесених абдомінальних та трансвагінальних хірургічних втручань у цих групах хворих був приблизно однаковим. Вправи для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем хворі проводили амбулаторно (лише після консультації лікаря відділення) тричі на добу до 150 стискань м'яза-підіймача відхідника (головний м'яз тазового дна) [4]. Процедури інтравагінальної ЕС проводили жінкам в урологічному кріслі в цистоскопічному кабінеті на спорожненому сечовому міхурі, щоденно впродовж 30 хв., на курс до 10 сеансів (мал. 1,2). Протягом дня хворі виконували вправи для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем подібно жінкам I групи. ЕС не проводили за наявності у пацієток запальних процесів у сечових шляхах та піхві, внутрішніх статевих органах, маткових кровотечах, міоматозних вузлах в матці, злоякісних новоутворень жіночих статевих органів, тяжких порушень серцевого ритму (всі жінки проходили попереднє амбулаторне обстеження із обов'язковою консультацією гінеколога). Видужанням вважали випадки повного утримання сечі жінкам після проведеного лікування, покращенням - зменшення кількості використаних прокладок на протязі дня.

Статистичну обробку матеріалу в обох групах хворих проводили методом варіаційної статистики з визначенням критерія Стюдента.



*Рис. 1. Зовнішній вигляд стаціонарного апарата “Інтратон - 1”.*

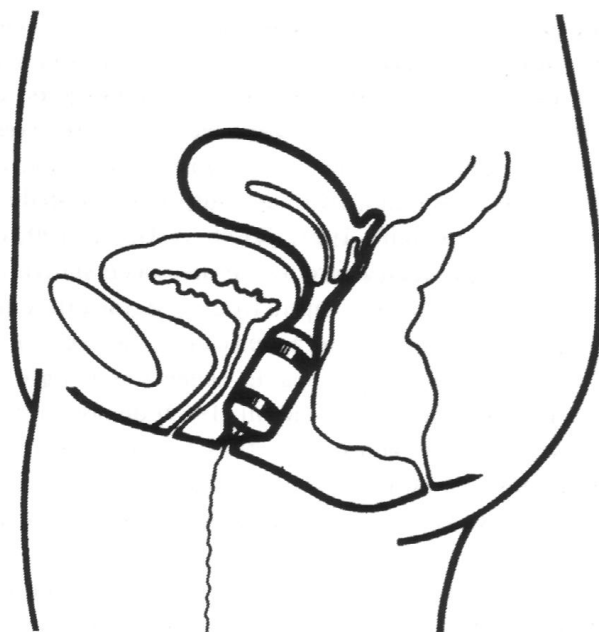


Рис. 2. Схематичне зображення методики інтравагінальної електростимуляції.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати лікування НСФН у жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, при застосуванні лише вправ із тренування м'язів тазового дна та при поєднанні вправ із тренування м'язів тазового дна із електричною стимуляцією м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

**Результати лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями**

Вид лікування Результат лікування	Тренування м'язів тазового дна за Кегелем	Тренування м'язів тазового дна за Кегелем + інтравагінальна ЕС
Одужання	2 (5 %)	33 (52,4 %)*
Покращення	15 (37,5 %)	27 (42,9 %)**
Без змін	13 (32,5 %)	3 (4,8 %)*
<b>Всього</b>	<b>40</b>	<b>63</b>

\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p > 0,1$

При статистичній обробці результатів лікування жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, не було виявлено у цих двох групах суттєвої різниці при зрівнянні результатів покращення лікування ( $p > 0,1$ ). Проте, при зрівнянні результатів одужання відмічено статистично доведена перевага при використанні електричної стимуляції м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри у поєднанні із вправами із тренуванням м'язів тазового дна (щонайменше кожна друга жінка II групи була виписана із відділення із одужанням). Хворим II групи із покращенням результатів лікування рекомендували пройти повторний курс електростимуляції, пацієнткам без ефекту від лікування пропонували хірургічне втручання (лише 1 жінка дала згоду та була успішно прооперована). Інтравагінальну ЕС жінки переносили комфортно, випадків кольпіту (запалення піхви) та подразнення піхви не було відмічено. Віддалені результати консервативного лікування оцінені у 60 жінок, які перенесли інтравагінальну ЕС і виписались із відділення з одужанням та покращенням (II група), методом анкетування

(35 жінок), опитування при повторному зверненні на амбулаторний прийом (15 жінок) та при стаціонарному лікуванні (10 жінок). Віддаленні результати лікування оцінювались самою хворою за основним симптомом хвороби – можливістю повністю утримувати сечу через зазначені в анкеті проміжки часу після проведеного лікування або ж повернення симптомів нетримання сечі. У більшості жінок (52 із 60 або 86,7%) повернення симптомів нетримання сечі відбувалось через 3-6 місяців після лікування.

**Висновки.** 1. Лікування нетриманням сечі при фізичному напруженні у жінок, які займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями, необхідно проводити шляхом поєднання вправ із тренування м'язів тазового дна за Кегелем із інтравагінальною електричною стимуляцією м'язів тазового дна і сфінктерного апарату уретри. Така поєднана терапія дозволяє досягти одужання щонайменше у кожної другої жінки та покращити якість життя у кожної третьої, а також провести скринінг кандидатів для хірургічного лікування. 2. Зважаючи на повернення симптомів захворювання у більшості пацієнток через 3-6 місяців вважаємо доцільним проведення повторного курсу лікування через зазначений період часу із використанням амбулаторних портативних індивідуальних електростимуляторів.

#### Література:

1. Аполихина И.А., Константинов В.В., Деев А.Д. Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 5. – С. 32–36.
2. Горовий В.І., Головенко В.П., Кобзін О.Л. та ін. Ендоуретральна електростимуляція шийки сечового міхура в комплексному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. - 2004. - №4 (40). – С. 52 - 54.
3. Переверзев А.С. Клиническая урологинекология. – Харьков; Факт, 2000. – 360 с.
4. Практична урогінекологія: курс лекцій / За ред. Горового В.І. – Вінниця: Вінницька обласна друкарня, 2015. – 728 с.
5. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. – Lier, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96 p.
6. Incontinence / Abrams P. et al. – 5th ed. - ICUD-EAU, 2013. – 1956 p.
7. Plevnik S., Vadusek D.B., Bryan N.P. et al. Electrical therapy // Clinical urogynaecology / Stanton S.L., Monga A.K. – second ed. – London – Toronto: Churchill Livingstone, 2000. – P. 521 - 540.
8. Vodusek D.B., Laycock J. Therapeutic electrical stimulation // Haslam J., Laycock J. Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. – 2-nd edition. – Springer-Verlag London Limited, 2008. – P. 121 – 126.